Nr. 51. Kraków, dnia 20 Grudnia 1873 r. Rok XII.

BIURO REDAKCYI w Krakowie Ulica Górnych Młynów, Nr. 122.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Wychodzi **co Sobota** w objętości arkusza.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Administracya i Ekspedycya miejscowa w Krakowie Ulica Szewska, Nr. 207.
Ajencya we LWOWIE w „księgarni polskiéj przy ulicy Kopernika."

Organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich we Lwowie
wydawany pod redakcyą
Dra Stanisława Janikowskiego, Prof. w Uniw. Jag.

Ajencye główne: w Warszawie w księgarni *Gebethnera* i *Wolffa*, w Poznaniu w księgarni *Czapińskiego*.

Cena „Przeglądu lekarskiego" wynosi:
W Krakowie rocznie . złr. 6 c. — w. a.
półrocznie . „ 3 „ — „ „
kwartalnie . „ 1 „ 50 „ „

Cena w Państwie Austryackiém z przesyłką pocztową
rocznie . . . złr. 6 cent. 60 w. a.
półrocznie . . „ 3 „ 30 „ „
kwartalnie . . „ 1 „ 80 „ „

Ogłoszenia przyjmuje Biuro Administracyi, tudzież Ajencye A. Piątkowskiego *we Lwowie*, Z. Kotkowskiego, Haasensteina i Voglera i R. Mossego *w Wiedniu*, wreszcie Administracya Dziennika Poznańskiego *w Poznaniu*.

Cena ogłoszeń: Od wiersza drobnego (petit) lub miejsca tegoż po 5 centów oprócz 30 cent. opłaty stemplowéj.

Numer pojedynczy kosztuje 15 c.

Następny Nr. (52) „Przeglądu lekarskiego" wyjdzie dnia 30. Grudnia r. b.

O kilku przypadkach niezwykłéj choroby kiłowéj oka.

Napisał Dr. Ignacy Barbar, lekarz prakt. w Stryju.

Podstawę niniejszéj rozprawy stanowią spostrzeżenia umieszczone w protokołach kliniki i polikliniki Profesora Hornera w Zurychu. Za dozwolsniem użycia tych protokołów, jakoteż za chętne udzielanie mi rady w badaniu chorych leczonych w klinice składam Panu Prof. Hornerowi szczere podziękowanie.

Powszechnie znaną jest rzeczą, że utwory wchodzące w skład gałki ocznéj, każdy z osobna, w sprawie kiłowéj częstokroć udział biorą, i że Syfilidologia oka nie tylko obszerny, ale nie mniéj zajmujący dział stanowi.

Nie zamierzam wcale na tém miejscu opracować całéj Syfilidologii oka, ani téż chociażby część jéj obszernie i dokładnie obrobić; lecz pragnę tylko ogłosić kilka nadzwyczaj rzadkich przypadków, które miałem sposobność badać w klinice chorób ocznych uniwersytetu zurychskiego, dołączając niektóre uwagi co do Symptomatologii i Dyagnostyki.

I. Gumiak ciała rzęskowego i twardówki.
(Gumma corporis ciliaris et sclerae.)

R. G., lat 26, dostrzegł w Listopadzie 1869. r. na ciele swém osutkę, która bez bolów powstawała i po mału się rozszerzała aż do Maja 1870. r., w którymto czasie chory do szpitala przyjętym został. Przyjęcie to spowodowane zostało zapaleniem lewego oka i silniejszém wystąpieniem wysypki na czole.

W dniu przyjęcia, to jest dnia 8go Maja okryte jest całe ciało chorego, najbardziéj zaś tylna strona klatki piersiowéj plamami brunatnemi trochę wypukłemi, które się łuszczą w pasze i na górnéj części uda, pozostawiając między sobą mało skóry zdrowo wyglądającéj.

Na żołędzi prącia znajduje się miejsce nieco wypukłe i twarde. Czasu zarażenia się chory podać nie może.

Oko prawe okazuje zanik rogówki, który miał powstać w dzieciństwie. Rogówka jest zaćmiona, spłaszczona i zmniejszona, tęczówka na wewnątrz wrośnięta w bliznę rogówkową, gałka oczna miękka. Okiem tém widzi chory światło lampy na 5—6', lecz projekcya jest wcale nie dokładna.

Oko lewe ma kształt prawidłowy, rogówkę licznemi staremi plamami *(maculae)* okrytą, okazującą na dolno-zewnętrznéj swéj części naciek ropiasty, który jest w związku z sąsiedniemi pęcherzykami *(phlyctaenae)* spojówki. Leczenie miejscowe składało się z zapuszczania atropiny i ciepłych składów, ogólne leczenie zaś ze wstrzykiwań podskórnych dwuchlorku rtęciowego i z kąpieli. Zajmującém było rychłe zblednienie wysypki w pobliżu miesca zastrzyknięcia.

Stan oka polepszał się rychło, już dnia 25. Maja można było leczenie oka rozpocząć, maścią z tlenku rtęciowego żółtego *(hydrarg. praecip. flav.)*, a dnia 5. Czerwca chory opuścił szpital z okiem zupełnie wygojoném i udzieloną mu radą, aby przez dłuższy czas zażywał jodek potasowy. Lecz już dnia 23. Sierpnia powrócił chory na klinikę: w lewém oku na nowo czuł boleści, naczynia rzęskowe były mocno nastrzyknięte, ciecz wodna mętna, tęczówka silnie zabarwiona okazywała tylne przyczepiny *(synechiae)* i wypocinę na przodkowéj powierzchni. Taki był stan lewego oka przy wstąpieniu powtórném chorego do kliniki.

Osutka zbladła zupełnie; miejsce guzów *(Knötchen)* zajęły blizny lekko wciągnięte, nieco brunatno zabarwione. Lecząc zapalenie rogówki zwykłym sposobem, udało się źrenicę nieco rozszerzyć i drażliwość oka zmniejszyć tak, że dnia 6. Września bystrość wzroku była $^1/_5$, co do zamglenia rogówki w prostym pozostaje stosunku. Dnia 10. Września zrobiono irydektomią ku stronie dolno-wewnętrznéj oka, a dnia 18. Września chory wyszedł z kliniki w stanie zdrowia zupełnie zadawalniającym.

Lecz już dnia 3. Lutego 1871. r. zjawia się na nowo w szpitalu z powodu ponownéj choroby lewego oka. W oddaleniu 2 mm. od górno-zewnętrznego obwodu rogówki znajduje się pod spojówką obrzęk wielkości ziarnka czereśni, barwy żółto-czerwonawéj, w dotykaniu stawiający opór, dokładnie ograniczony, wychodzący stromo z twardówki *(sclera)*, z którą silnie jest złączony, podczas gdy spojówka tak na brzegach, jako téż na wierzchołku tego sadzela łatwo przesuwać się daje. Spojówka i twardówka tylko w pobliżu guza nastrzykane, sąsiednia część rogówki lekko jednostajnie zamglona. Obrzęk nie sprawia bolu samodzielnego, ale dotykanie wywołuje uczucie nieprzyjemne bolesne.

Z tego, cośmy już wymienili, jako téż z powodów, które późniéj przytoczymy, mówiąc o szczegółowém rozpoznaniu, nie można było wątpić o istnieniu gumiaka twardówki *(gumma sclerae)*.

Leczenie miejscowe gałki ocznéj, okazującéj opór prawidłowy, polegało na wkraplaniu atropiny. Wewnętrznie podawano jodek potasowy. W skutek tego

leczenia spłaszczał się gumiak coraz bardziéj, nastrzykanie wyżéj wspomniane zmniejszało się, a miejsce sadzela zajęła wklęsłość niebieskawa.

Z dalszego przebiegu tego przypadku nadmieniamy jeszcze, że w końcu Kwietnia tego roku wystąpiło nowe zapalenie tęczówki, którego następstwem był otok oczny (hypopion) połączony z niebezpieczeństwem dla oka. Nie opisuję tu dalszego przebiegu tego zapalenia tęczówki, lecz powiem tylko, że powyżéj wspomniona wklęsłość twardówki nie zmieniła się.

O IIgim przypadku, dotyczącym się kobiety wątłéj, 33 lat mającéj, nie możemy niestety wyczerpującego opisu choroby podać, gdyż chora krótki czas tylko pozostawała w klinice; wszelako szczegóły przez nas zebrane wystarczą dla złożenia obrazu gumiaka twardówki ze względu na jego przyczyny i przypady.

Przy końcu Marca 1872 r. badano chorą po raz piérwszy. Prawe jéj oko bolało od dni czternastu; chora sądziła, że jakieś obce ciało w oko jéj wpadło. Okolica ciałka rzęskowego mocno zaczerwieniona, rogówka nieco zamglona, brzeg źreniczny licznemi przyczepinami przytwierdzony, barwa tęczówki zmieniona: słowem obraz ostrego zapalenia tęczówki. O stanie zdrowia przed chorobą nic pewnego dowiedzieć się nie można; kiedy zarażenie się nastąpiło, nie można od choréj wydobyć; lecz znajdujemy połyk *(pharymx)* mocno zaczerwieniony, opuchłe migdałki, gruczoły na szyi nabrzmiałe i po części zropiałe. Zapalenie tęczówki wzmagało się nadzwyczaj szybko, nie wywołując bolów, tęczówka zmieniała się coraz bardziéj, a otwór źreniczny zakrywała wypocina gęsta, ropiastowłóknikowa.

Dnia 8. Kwietnia odkryto w odległości 2 mm. od brzegu rogówki, ku górno-zewnętrznéj stronie gałki ocznéj zaczerwienioną wypukłość twardówki, dość elastyczną, zupełnie okrągłą i dokładnie ograniczoną. Naczynia krwionośne spojówki silnie nastrzyknięte.

Zapalenie prawego kolana skłoniło do szczegółowego zbadania choréj. Teraz dopiero stwierdzono chorobę skórną dotychczas starannie ukrywaną. Ramiona i uda gęściéj niż inne części ciała okryte są szczególnemi wyrzutami: małe pęcherzyki napełnione płynem bezbarwnym i otoczone obwódką czerwoną, większe niesztowice *(pustulae)* płynem ropiastym napełnione i otoczone szerszą obwódką czerwoną, a nareszcie strupy szerokości 1—1.5 cm. zupełnie okrągłe otoczone również obwódką czerwoną. Strupy te istnienieją, jak chora teraz zeznaje, od trzech tygodni na jéj ciele. Naciek gruczołów pachwinowych jest bardzo znaczny, połyk więcéj zaczerwieniony, a na jego błonie śluzowéj okazują się miejsca silnie pokryte ropą słoninowatą.

Z powodu braku wszelkiéj gorączki i opierając się na zbiorze zjawisk napotkanych w gruczołach, na skórze, w oku i połyku: nie można było wątpić o przyrodzie kiłowéj wyrzutu, pomimo iż oko, bardzo wprawne, nie mogło niemal odróżnić świeżo powstałych pęcherzyków od ospy. Dalszy przebieg choroby usunął wszelką wątpliwość w tym względzie. — Co się przedewszystkiém oka tyczy, zmieniło się tu wszystko ku lepszemu pod wpływem leczenia rtęciowego: wypocina ropiasta, zajmująca źrenicę, znikała nadzwyczaj szybko; obrzęk twardówki spłaszczał się, pozostawiając po sobie bliznę szarawo-czarną; a gdyśmy oko po raz ostatni widzieli (w Czerwcu 1872.) było ono zupełnie białe, w obwodzie źrenicy było mało przyczepin *(synechiae)*, a w cieczy wodnistéj małe i nie liczne płateczki.

Przebieg zakażenia ustroju był zresztą bardzo ciężki i niezwykły, jak nam doniesiono z oddziału chorych wenerycznych, do którego chora przy końcu Kwietnia przeniesioną została. Miała ona znaczne blizny na wargach wstydliwych; miejsce silnie rozwiniętego wyrzutu pęcherzykowego zajęły głębokie wrzody, sięgające do okostny kości czaszkowéj, przewlekające długo chorobę; a prócz tego powstało znaczne owrzodzenie w nosie *(ozaena)*.

W Grudniu 1872 r. chora umarła na dur *(typhus)*, a sekcya okazała pomiędzy innemi także szczególną formę zaniku wątroby.

III. Gumiak wielkości niezwykłéj w tęczówce i w ciałku rzęskowém.

H. W., 26 lat mający, zaraził się na wiosnę roku 1870 i był do piérwszych dni Sierpnia leczonym z powodu rozległego wyrzutu kiłowego, który zajmował szczególnie część głowy okrytą włosami i sprawił owrzodzenia głębokie. Dotychczas jeszcze znajdują się na głowie liczne i głębokie blizny, jakotéż blizna po twardym wrzodzie kiłowym.

Dnia 5. Września, to jest w trzy tygodnie po piérwszych objawach zapalenia oka lewego przedstawia nam się chory w stanie następującym:

Lewa gałka oczna jest bardzo twarda, przy dotknięciu bolesna, spojówka gałki ocznéj silnie obrzmiała, rogówka zupełnie zamglona. Barwę tęczówki dostrzedz można na małéj części téjże, położonéj po stronie nosa; prążków tęczówki zaś nie widać. Po stronie skroniowéj przednia komórka oczna napełniona jest masą szarawo-żółtą, przylegającą do tylnéj ściany rogówki. W dolno-zewnętrznéj stronie guza widzieć się dają wybroczyny. Pas twardówki dotykający części górno zewnętrznéj i zewnętrznéj obwodu rogówki aż do miejsca przyczepienia mięśnia odwodzącego *(abducens)* niezmiernie wypukły, wygarbiony, najbardziéj sterczące miejsca tych garbów przenikają włókna twardówki. Niektóre garbki wyglądają czarniawo, inne zaś przejrzyste dozwalają obawiać się przebicia się owéj masy szarawo-żółtéj.

Dokładny wywód choroby niedozwalał wątpić, że się ma gumiak tęczówki przed sobą, który, wychodząc z obwodowéj części tęczówki i ciałka rzęskowego. groził przedziurawieniem twardówki. Jak niektóre ogniska choroby skórnéj niezwykłą wielkość okazywały, tak też i gumiak tęczówki, pozostający wprawdzie trzy tygodnie bez należytego leczenia, niezwykłego dosiągnął rozwoju.

O ocaleniu oka z grożącego mu niebezpieczeństwa nie mogło być nawet mowy, ani sposobem operacyjnego oddalenia obrzęku, ani też leczeniem przeciwkiłowém. Starano się więc wytłomaczyć choremu, że wyłuszczenie *(enucleatio)* gałki ocznéj jest dla niego koniecznością; a gdy chory na to zezwolić nie chciał, używano miejscowo przyparek, wewnętrznie dawano jodek potasowy. Dalszy przebieg choroby był następujący: ów obrzęk zajmujący przednią komórką oka powiększał się, ścieńczały pas twardówki wypuklał się coraz bardziéj, rozszerzał się i wpychał rogówkę na wewnątrz. Od dnia 19 Września naczynia krwionośne poczęły wchodzić w rogówkę od zewnętrznéj strony gałki ocznéj. Tęczówkę przykrył teraz zupełnie sadzel. Miejsca pasa twardówki, które do przedziurawienia skłonność okazują, stają się coraz liczniejsze, a silnie wystająca gałka oczna nie dozwala już ruchów powiek.

W drugiéj połowie Września poczyna mięknąć gałka oczna, rogówka ze wszech stron naczyniami krwionośnemi okryta zanika; wypukłe części twardówki spłaszczają się; a podczas gdy szarawo-żółta masa w przedniéj komórce ocznéj widzieć się daje, gałka oczna się zmniejsza. Przedziurawienie twardówki nie nastąpiło. Gdy podczas piérwszych 14 dni badania bolesność oka i bezsenność choremu dokuczały, teraz gałka oczna nie sprawia żadnych bolów. Oko prawe nie okazywało niepokojących zjawisk.

— Dnia 8. Listopada gałka oczna przedstawia się zupełnie zanikłą, rogówka nadzwyczaj małą, poprzecznie jajowatą, zamgloną; miejsce twardówki dawniéj silnie wypukłe wklęsło teraz głęboko i otoczone jest zwisłemi fałdami twardówki przed tém jeszcze zdrowéj. — Wstawiono sztuczne oko.

IV. Przypadek. H. H. 26. lat mający cierpi zapalenie kiłowe tęczówki oka lewego od 21. Lipca 1871. Dnia tego dostrzeżono na poliklinice następujący stan oka chorego: Tylna ściana rogówki pokryta znacznym osadem *(Beschläge)*, ciecz wodna mętna, barwa tęczówki znacznie zmieniona, liczne tylne przyczepiny wewnętrzno-dolnéj części brzegu źrenicznego. W pobliżu dna *(Falz)* przedniéj komórki ocznéj widzieć można ograniczoną, żółtą nabrzękłość tęczówki, o któréj wyraźnie zapisano, że się z niéj gumiak rozwinąć może. Przepisano choremu użycie atropiny i szaruchy *(Unguentum ciner.)* i radzono mu do szpitala wstąpić. — Lecz chory dopiéro po 10 dniach zjawia się po raz drugi, a teraz odpowiednio miejscu wyżéj opisanemu na tęczówce, wcale nie zmienionéj od czasu piérwszego badania chorego, 2 mm. na zewnątrz od dolno-wewnętrznego brzegu rogówki znajdujemy dość wielką wypukłość twardówki. Obwód téj wypukłości jest mocno zaczerwieniony, przy dotykaniu stawiający mierny opór i pokryty słabo nastrzykniętą spojówką. Nie ulegało wątpliwości, że przepowiedziany gumiak tęczówki rozszerzył się w kierunku ciałka rzęskowego, z tąd wysklepiał twardówkę, tudzież że rokowanie co do oka zawisło zupełnie od rozwoju gumiaka.

Dnia 5. Września rogówka już jest jaśniejszą, ciecz wodna czyściejszą, ale nabrzękłość twardówki większą i w jéj środku widzieć można miejsce czarniawe. Do dnia 11. Września nabrzękłość twardówki się powiększa w szerz i na wysokość, lecz od tego czasu poczyna się zanik nabrzękłości a zarazem i gałki ocznéj, do wnętrza któréj nigdy, niestety, zajrzéć nie można było z powodu zupełnie zasłoniętéj źrenicy. Dnia 16. Października oko dostrzegało światło lampy w odległości 5', i dokładnie można było widzieć miejsce w tęczówce, gdzie dawniéj był gumiak, a teraz tamże dostrzedz można tylko złożony barwik.

Przy końcu tegoż miesiąca widzieliśmy chorego po raz ostatni w tym roku: lewe oko jego było miękkie, zupełnie zanikłe, nie bolesne, prawe oko zaś zupełnie zdrowe. Potém dopiero w Lipcu 1872. r. mieliśmy jeszcze raz sposobność oglądać chorego. Znaczne zmniejszenie siły widzenia prawego oka, które z początkiem roku powstać miało, sprowadziło chorego do nas. I rzeczywiście bystrość wzroku oka prawego jest $^{1}/_{20}$, pole widzenia tego oka jest dośrodkowo ścieśnione i to w jednéj mierze 10°. Barwy poznaje, a granice ich, odpowiednio ogólnemu ścieśnieniu, posunięte są daléj na wewnątrz, lecz w sposobie niezupełnie dośrodkowym, ale miejscowo więcéj oddalone od zewnętrznéj granicy, niż prawidłowo, czyli innemi słowami okrąg czerwonéj i zielonéj ślepoty szczególnie jest rozszerzony.

Badanie chorego wykazuje, co następuje: liczne blizny pozostałe po głębokich ranach skóry znajdują się na plecach i na piszczelach obu kończyn dolnych na których widać jeszcze kilka wrzodów, niezliczone plamki brunatne na brzuchu i piersi, szerokie szyszkowiny płaskie *(condylomata lata)* na mosznie, gruczoły pachwinowe stwardniałe i owrzodzenie znaczne w nosie *(ozaena)*. Piérwsze zjawiska choroby na skórze i w połyku pokazały się, wedle zeznań chorego, w Listopadzie 1871. r., a więc w krótkce po opuszczeniu szpitala. Gałka oczna jest zupełnie miękką, zanikłą, miejsce w twardówce odpowiadające sadzelowi wyżéj opisanemu wciągnięte na dół i wewnątrz, a dolna połowa tęczówki wciągnięta w bliznę twardówki. Tylko silne ciśnienie na stronę wewnętrzną oka wywołuje bole. Prawe oko okazuje tęczówkę zupełnie zdrową; środki łamiące oka tego są zupełnie prawidłowe, część zewnętrzna nerwu wzrokowego zanikła, połowa wewnętrzna tarczy n. wzrokowego zamglona i otaczający ją pas siatkówki jakby zasłoną przykryty. Żyły siatkówki jeszcze dość są szerokie i wężykowate. Nie można było co innego rozpoznać, jak tylko zapalenie siatkówki kiłowe *(retinitis syphilitica)*:[1]) gdyż takowe wydało się daleko naturalniejszém, aniżeli przypuszczenie wpływu sympatycznego, przeciwko któremu zresztą stanowczo przemawiał brak wszelkich zjawisk chorobowych w okolicy tęczówki.[2]) Musiano więc

[1]) Porównaj: H. Schmidt. *Beiträge z. Kenntniss d. Iritis syphil.* Berl. klin. Woch. 1872, str. 273.

[2]) Nie możemy pominąć sposobności dołączenia do tych opisów zdania Prof. Hornera o chorobach oka tak zwanych współczulnych (sympatycznych). Niezwykła liczba urazów oka, wydających się w Szwajcaryi wschodniéj jako w kraju obfitującym w rękodzieła, daje bardzo często sposobność do badania cierpień oka t. zw. współczulnych. Pomiędzy wszystkiemi starannie badanemi przypadkami znajdujemy jeden tylko przypadek współczulnego zapalenia oka, który nie objawił się w postaci zapalenia surowiczego lub włóknikowego tęczy i ciała rzęskowego *(iridocyclitis serosa aut plastica)*. (Nie mamy tu na myśli wydrążenia uciskowego *(Druckexcavation)* które uważać można tylko za powikłanie, n. p. w przypadku wspomnianym przez Prof. Hornera na 1. posiedzeniu Heidelberskiego towarzystwa oftalmologicznego w roku 1863.)

Niech nam wolno będzie przytoczyć tu przypadek nadzwyczaj zajmujący:

Mężczyzna badaczowi od dawna znany, lat 61 liczący, ma na lewém oku M. $^{1}/_{12}$ przy prawidłowéj bystrości wzroku. W prawém oku nosi od lat 15 kawałek pistonu, który tkwi w powierzchni soczewki. Mały odłamek pistonu wpadł podczas strzelania na polowaniu w brzeg dolno-wewnętrzny rogówki, przeciął tęczówkę od strony dolno-zewnętrznéj ku górno-wewnętrznéj i utkwił w soczewce między ciałkiem rzęskowém i obwodem źrenicy w końcu górno wewnętrznym rozpękliny. Soczewka była widocznie przeciętą, gdyż widziano dokładnie w torebce przedniéj soczewki bliznę szarawobiałą, mającą 0,5 mm. szerokości. Blizna ta odpowiadała rozpęklinie w tęczówce i przechodziła przez źrenicę. Gdy się chory dnia 7. Czerwca 1870. r. przedstawił, było to prawe oko od 6 tygodni w stanie zapalenia połączonym czasami z niezmiernym bolem. Z powodu licznych zawałów krwawych w gruczołach Meiboma, lekarz przed przywołaniem Prof. Hornera leczący rozpoznał: jaglicę *(trachoma)* (!) i odpowiednio temu leczył; dopiero gdy lewe oko znacznie siłę widzenia straciło, udał się chory do okulisty. Niezwykłe zabarwienie tęczówki, silne nastrzyknięcie ciałka rzęskowego i znaczna bolesność w okolicy tegoż nie dozwalały wątpić o istniejącém zapaleniu tęczówki i ciałka rzęskowego oka prawego. W ciągu dwu dni następnych ciało obce zmieniło swoje miejsce w ten sposób, że koniec skroniowy ciała obcego wystąpił z otworu znajdującego się w górno-wewnętrznéj części tęczówki i prostopadle po tę-

zarządzić dosadne leczenie przeciwkiłowe, które wprawdzie nie dozwalało nam łudzić się nadzieją wyleczenia oka, gdyż choroba tegoż przeszło 7 miesięcy już trwała; jednakowoż liczne objawy kiły przynaglały do takiego postępowania.

Rozpoczęto leczenie użyciem odwaru Zittmanna przez cały miesiąc. W tym czasie pogoiły się rany na piszczelach, szyszkowiny, i t. d.; lecz pomimo wyłuszczenia szczątka w dotknięciu bolesnego lewéj gałki ocznéj nie nastąpiło polepszenie na oku prawém.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

---

czówce się zsunał, pozostawiając na téj drodze po sobie smugę ropiastą, 2 mm. długości mającą. Tém prawém okiem widział chory palce w oddaleniu 8'. Na lewém oku była bystrość wzroku $^1/_3$. Garbiak tylny (*staphyloma posticum*) miernéj wielkości otaczał zewnętrzny obwód nerwu wzrokowego; w okolicy plamki żółtéj znaleziono liczne plamki (*plaques*) niezmiernie małe, okrągłe, żółtawo-białe, leżące wyraźnie po za siatkówką, nie okazujące istotnéj wyniosłości, dokładnie nie ograniczone i nie dające dostrzedz naczyń naczyniówki, ani téż połysku twardówki. Miano więc do czynienia ze szczególną postacią zapalenia naczyniówki rozsianego (*chorioiditis disseminata*), nie mającą nic wspólnego z zapaleniem naczyniówki ograniczoném (*circumscripte Chorioiditis, schrumpfende Retinitis* Förstera), która tak często się łączy z krótkowidzeniem postępowém (*myopia progressiva*), a w któréj w początkach zawsze napotykamy przerost barwikowy (*Pigmenthyperplasie*): podczas gdy w naszym przypadku wcale nie było takiego przerostu, a postać i liczba plamek, pomimo że choroba trwała dopiéro od pary tygodni, różniły się zupełnie od formy zapalenia naczyniówki opisanéj wyczerpująco przez Förstera i Sichela. Dnia 14 Czerwca zrobiono irydektomią w górnéj części tęczówki i wyjęto zupełnie już skruszony kawałek pistonu. Operacyą tą usunięto wszelki ból, wyleczono zapalenie urazowe tęczówki, a ponieważ zamglenie soczewki było małe i bardzo ograniczone, przeto wzrok tego oka się polepszał tak, że z końcem Lipca 1870 wynosił $^1/_7$; — dnia 9. Lipca 1871 r. $^1/_5$; a 29. Maja 1872. $^1/_3$.

Oko prawe, od lat 15. zaniedbane, zostało wyleczoném; opisane zaś powyżéj cierpienie oka lewego wzmagało się, podczas gdy chory po operacyi musiał w łóżku leżeć. W 14 dni po wycięciu kawałka tęczówki bystrość wzroku wynosiła $^1/_{20}$. Pomimo upuszczenia krwi i mimo leczenia rtęcią, a następnie wodą jodową (mineralną), zniszczenie warstwy czopkowéj siatkówki zrządzone zapaleniem naczyniówki stawało się coraz widoczniejszém: tak, że po roku chory widział tém okiem naośnie palce w oddaleniu 4', w obwodzie zaś liczył palce w oddaleniu 7'. Przytém powiększyły się wspomniane plamki, miejscami stykały się z sobą, o zaniku naczyniówki zaś wyraźnie świadczyły dające się dostrzegać naczynia zewnętrznéj warstwy naczyniówki; lecz i ostatnie badanie chorego uskutecznione w r. 1872. nie okazało zaczerwienia chorobowego w oku

Przypadki opisane przez Graefego jako zapalenie naczyniówki i siatkówki współczulne (*chorioretinitis sympathica*) (Arch. XII. 2. str. 171.) nie dają się porównać z naszym przypadkiem.

Silne zaczerwienie nerwu wzrokowego połączone z delikatném zamgleniem nakoło tarczy i z biegiem żył znacznie wężykowatym znajdujemy dość często w świeżém zapaleniu tęczówki spółczulném surowiczém, co z resztą w surowiczém zapaleniu tęczówki nie jest wcale rzeczą nadzwyczajną. Przypadek opisany jako *retinitis pigmentosa* przez Arg. Robertsona (*Ophth. hosp. reports* Febr. 1871. p. 16.) nie daje nam dostatecznych dowodów, ażeby zapalenie to uznać za współczulne. W naszym przypadku następające okoliczności dowodzą, że cierpienie było współczulne, mianowicie: 1) że od lat 15 tylko oko lewe używaném było do pracy; 2) że nie można było przeoczyć początku zmniejszania się bystrości wzroku oka tego i że choroba od środka się rozwijała; nakoniec 3) że osłabienie wzroku oka lewego rozwijało się dopiero po bolesnych napadach w oku prawém.

POSIEDZENIA TOWARZYSTW.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich we Lwowie.

Posiedzenie IX. naukowe dnia 6 Grudnia 1873 r.

Obecni: Prezes i 20 członków.

Prezes czyta odpowiedz posła do Rady panstwa JP. Kabata w sprawie nastąpić mającego zapytania Rządu, dla czego w Galicyi nie wykonano dotychczas ustawy z dnia 10 Kwietnia 1870; oddaje książki złożone w darze Towarzystwu; zawiadamia, że udzielono wdowie po ś. p. koledze Mamczyńskim stałą pensyą w kwocie 108 złr. w. a. rocznie.

Kol. Rożański daje ogólny pogląd na istniejące między lekarzami pojęcia syfilidologiczne. Najstarsi trzymają się jeszcze téj zasady, że w każdym wrzodzie kiłowym pierwotnym trzeba zadać leki rtęciowe; średnie pokolenie przyznaje dwoistość przyrzutu kiłowego (dualiści), z których jeden wywołuje wrzód miękki, drugi twardy i ogólnéj kiły objawy; nakoniec zwolennicy jedności przyrzutu (unitaryści) odróżniają przebieg kiły ostry z wrzodem miękkim i przebieg przewlekły z wrzodem twardym.

Prelegent przedstawia chorego i opisuje przebieg choroby: W Sierpniu b. r. przybył chory do szpitala z wrzodem miękkim rozszerzonym około ujścia cewki moczowéj, z obrzmiałemi gruczołami pachowemi. W tydzień wystąpiła gorączka i osutka podobna do ospy. W Październiku pojawia się zapalenie tęczówki. W cieranie szaruchy (24 razy po $^1/_2$ dr.) przywróciło stan prawidłowy. Osutka znikła. Wrzód zabliźnił się przy wybuchu gorączki. Przebieg był ostry, wrzód miękki; spółkowanie odbyło się w Sierpniu b. r.

Przypadek ten przemawia za zdaniem unitarystów.

Prelegent przedstawił chorego z blizną, na którym żadnych innych śladów odbytéj choroby niema.

Drugi przypadek podobny opisał prelegent: W Styczniu r. b. mężczyzna spółkował ze zdrową dotychczas osobą, poczém w tydzień okazały się bardzo małe nadżerki na żołędzi, obłożone białą powłoczką; do tygodnia wrzody te zabliźniły się bez stwardnienia. W Lutym wystąpiły objawy w gardle; w ciągu Maja stosowano leczenie miejscowe; w Czerwcu wcieranie szaruchy 12 razy i 10 butelek odwaru Zittmanna. W Październiku powstały kłykciny w gardle. Przebieg był ostry, wrzód miękki.

Prelegent, który nie jest zwolennikiem ani dualizmu, ani unitaryzmu, sądzi, że powyższe przypadki przemawiają za jednością przyrzutu.

Kol. Rosner mniema, że blizna u chorego jest cokolwiek twardawą; przyczém dodaje, że dokładniéj rozpoznać można wrzód uważany od samego początku, aniżeli wrzód późniéj oglądany.

Kol. Edward Sawicki odróżnia trudności dyagnostyczne w pierwotnym wrzodzie miękkim od teoryi przyrzutu. W razach wątpliwych rozstrzyga przebieg, a nie zasada jakabądź. Teorya dwoistego początku kiły może być uzasadnioną nie tylko przez postrzeżenie kliniczne, lecz także przez badania histologiczno-patologiczne; w tymto celu należałoby wyłuszczać wrzody miękkie i twarde.

Kol. Merczyński twierdzi, że co innego są wrzody, a co innego kiła jako choroba ogólna.

Kol. Wagner uważał rozwój kiły ogólnéj bez wrzodu twardego.

Kol. Rożański odpowiada, że blizna u przedstawionego chorego nie jest twardą i nie daje żadnéj zasady do wniosku, że wrzód był twardy.

Kol. Widman wnosi, ażeby na rzecz posiedzeń naukowych Towarzystwa, utrzymywać pisma lekarskie peryodyczne i książki, któreby służyły za przedmiot naukowych sprawozdań i rozbiorów.

Prezes uwiadamia, że stosowne w tym przedmiocie wnioski Rada zawiadowcza wygotowała na walne zgromadzenie.

Kol. Edward Sawicki rozwija przydatek do dyagnostyki chorób mózgowych. Używa on w swoim oddziale oprócz kraniometryi i oftalmoskopii, także termometryi, wprowadzając ciepłomierz do przewodu słuchowego zewnętrznego. Zwraca uwagę na ważność dokładnego badania tętnic, żył i gruczołów szyjnych a względnie karkowych i przytacza przykłady ze swojego oddziału. Radzi, ażeby nie zaniedbywać dążenia do dyagnozy anatomicznéj w chorobach umysłowych. W tym celu trzyma się następującego zapatrywania się na stosunek objawów przypadowych do chorób mózgowych.

Zboczenia czysto ruchowe i czuciowe odnosi do części spodowych mózgowia; przypady zaś umysłowe, bez względu na działy symptomatologiczne tak nazwanych chorób umysłowych, odnosi do chorób półkul mózgowych i należących do nich błon albo wyściółki jamek mózgowych.

O móżdżku mniema, że jest on u człowieka narzędziem, którego czynności są zaniedbane, podobnie jak n. p. sutków u mężczyzn, lub mięśni usznych i t. p. O komórkach istoty szaréj sądzi, że są to ogniska odżywcze dla włókien istoty białéj. Istota szara ma bardzo bogatą siateczkę naczyń krwionośnych, w jéj komórkach znajdujemy barwiki, rozpad ziarneczkowy, stłuszczenie i t. p. przemiany; co przemawia, że tu krążenie tworzywa odżywczego odbywa się chyżo i łatwo podpada zmianom.

Półkul mózgowych nie uważa za siedlisko wyobrażeń, lecz za narzędzie, które w ośrodkach zmysłowo-ruchowych wywołuje czynność czucia, pojmowania i działania, już zwyczajna i im właściwą z czynności pierworzędnych zastosowanych do świata zewnętrznego.

Wszystkie postaci zboczeń umysłowych — jak zaduma, obłąd, pomięszanie umysłowe i zniedołężnienie umysłu — odnosi do różnych chorób lub różnych okresów chorób półkul mózgowych, które można oznaczyć w przybliżeniu z nabytych wiadomości anatomiczno-patologicznych odpowiednich. Jednakżo bywają zajęte nietylko półkule mózgowe, lecz także spodnie części mózgowia.

Prelegent nie łudzi się bynajmniéj, ażeby to zapatrywanie się i ta dążność nie miały napotykać na trudności i zawody; jednak nie może poprzestać na rozpoznawaniu i klasyfikowaniu przypadków według podrzędnych okoliczności. Owszem wziął sobie za zadanie dochodzić zawsze, co się dzieje w podścielisku ustrojowém tych przypadów umysłowych.

Prelegent zastosował w swoim oddziale wszystkie możliwe sposoby badania, połączonego z badaniem pośmiertnem, w czém mu była pomocną uprzejmość kol. Feigla prosektora.

Kol. Widman zwraca uwagę na tę okoliczność, ażeby, mierząc ciepłotę przez przewody słuchowe zewnętrzne, oszczędzać chorego; nadto, żeby używać wielu termometrów i często powtarzać mierzenie.

Po czém posiedzenie zamknięto.

Dr. Edward Sawicki
sekretarz Tow.

Kr. Towarzystwo lekarsko-chirurgiczne w Londynie.

Na posiedzeniu odbytém w m. Lutym r. b.

Dr. Lawson Tait odczytał opis wyzdrowienia po rozcięciu brzucha w ciąży zamacicznéj. [1])

W dniu 23. Września r. z. rozpoznano u I. N., kobiety 27 lat liczącéj, ciążę zamaciczną; dziecko donoszone umarło w końcu Lipca w łonie matki. Rękoczyn dokonano dnia 2 Listopada, cięcie brzucha podobnie jak w torbielu jajnikowym. Po otwarciu worka płodowego przedstawiły się nóżki, dziecko wydobyto łatwo prócz główki, która głęboko w miednicy zostawała, przyczepiona nadto dość silnie do jéj dna. Brzeg rany torbiela spojono z brzegiem rany otrzewny szwem ciągłym, przez co zupełnie zamknięto jamę otrzewny. Również zeszyto górną połowę rany brzusznéj mającéj 7" długości; przez dolny otwór zaś włożono rurkę sączkową do jamy miednicy i przestrzykiwano wszystko roczczynem siarczynu sodowego co ośm godzin. Cuchnąca ciecz wypływała aż do ósmego dnia po operacyi, później zaś ropiasta, czasami zmięszana ze strzępkami i kawałeczkami łożyska, razem z włosami dziecka, które przyczepiły się do wewnętrznéj ściany torbiela, a oderwały się od czaszki podczas operacyi. Dopiéro dnia 29. Listopada wydobyto wielki kawał łożyska, poczém w ciągu miesiąca wszystko się zagoiło, a pozostała tylko mała zatoka; tymczasem chora toczyła srogą walkę z wyniszczeniem.

Godne uwagi szczegóły w tym przypadku były: brak „fałszywych bolów" przed śmiercią dziecka; pozostawienie łożyska, właściwy sposób zamknięcia jamy otrzewnowéj; wreszcie ta okoliczność, iż pozostawiono ranę brzuszną w części otwartą. Spólniczenie torbiela z otrzewną prowadzi do ropnicy i zapalenia otrzewny. Zamknięcie rany brzusznéj musi wywołać podobne następstwo.

Rękoczyn wykonany w ten sposób nie wystawia na większe niebezpieczeństwo, niż rękoczyn z powodu torbiela jajnikowego, a daje niezawodnie pewniejszą rękojmię wyzdrowienia, aniżeli postępowanie wyczekujące, które zasadza się na tém, by czekać, dopóki płód przez ropienie sam się nie wydali na zewnątrz. Jeżeli to jest możebném, należy rękoczyn wykonać w czasie, kiedy płód jest dojrzałym, a jeszcze żywym; w przeciwnym razie jak najprędzéj po śmierci płodu, aby uniknąć zrośnięć jego z workiem płodowym.

Spencer Wells uwydatnia tę okoliczność, iż łożysko może być zostawione i z czasem wydalone przez otwór brzuszny, co znosi jednę z wielkich trudności i niebezpieczeństw tego rękoczynu; sądzi zarazem, że lepiejby było uczynić otwór w tylném sklepieniu pochwy.

Dr. L. Wiśniewski.

[1]) The Lancet, I, 1873, Nr. 8.

PRZEGLĄD LITERATURY ZAGRANICZNEJ.

Patologia i Terapia.

C. Gerhardt Prof. w Wircburgu. Leczenie rozedmy płucnéj mechaniczném przysporzeniem wydechu.

(Berl. klin. Wochenschr. 1873. Nr. 3).

Pomoc lekarska w samoistnej rozedmie płucnéj nie może się dotąd niczém pochlubić, chyba uznaną swoją bezskutecznością. Nauczono się przynajmniéj pokonywać z niejakiém powodzeniem dwa następstwa: nieżyt i nagromadzenie kwasu węglowego we krwi. Na piérwszym wymódz coś można wziewinami, według okoliczności, ze środków roztwarzających, jak n. p. dwuwęglanu sodowego, lub żywicznych, jak olejku terpentynowego; otrucie kwasem węglowym i zawisłe od niego przypady zatchnienia usunąć można na tygodnie i miesiące całe wziewaniem powietrza ściśniętego. Wdycha się, jak wykazał Panum, równą objętość zgęszczonego powietrza, a tém samém nabiera się więcéj tlenu a oddaje więcéj kwasu węglowego. Zarazem doznaje podwyższenia żywotna pojemność [1]) i zyskuje się dogodniejsze dla oddechowéj ilości ułożenie ścian klatki piersiowéj. W tym względzie ani wdychanie czystego tlenu, ani powietrza ozonizowanego w przybliżeniu nawet równie pomyślnego nie wywiera skutku, jak ściśnione powietrze. Choremu na rozedmę zaledwie wyświadczyć można większe dobrodziejstwo, aniżeli gdy go się przed początkiem zimy, zanim nadejdą najsmutniejsze dla niego tygodnie, orzeźwi zgęszczonem powietrzem i na kilka miesięcy pokrzepi. Skutek jednakże jest ograniczony co do trwałości, a dla wielu biednych niedościgły z powodu kosztów. — Chorym na rozedmę przydałby się wprost ów sposób leczenia, któryby zdołał sprowadzić granice przestrzeni piersiowéj ze statecznego ułożenia wdechowego do pierwotnéj równowagi. Główném więc zadaniem rozumnego leczenia rozedmy płuc będzie przysparzanie wydechu.

Uznano to w ostatnich czasach z wielu stron i obrano za cel usiłowań. Hauke [2]) w Wiedniu, a po nim J. B. Berkart [3]) w Londynie używali narządów sprawiających rozcieńczenie powietrza podczas wdechu. Berkart przyprawia zapomocą gumowego utwierdzenia metalową maskę do ust i nosa, od któréj cewa łączy się z pompą ssącą wprawianą w ruch podczas każdego wydechu, a osiągnięty stopień rozcieńczenia powietrza wskazuje skala. — G. w celu podobnym wprowadził w użycie postępowanie prostsze, a nawet już dawniejsze, mianowicie ucisk rękami na ścianę piersiową i brzuszną podczas wdechu. Sposób ten leczenia nasunęły mu po części oczywiste wypadki badań wymiarów piersiowych (stetograficznych), wykazujących wydech jako szczególnie utrudniony, a po części pomyślne skutki otrzymane w żółtaczce nieżytowéj zapomocą ściskania pęcherzyka żółciowego, tudzież w pewnych postaciach porażenia więzadeł głosowych przez boczny ucisk na krtań. — Mimo że środka tego używano już wielokrotnie, jak świadczy Biermer w swéj rozprawie wchodzącéj wskład dzieła podręcznego Virchowa (Tom V. Cz. 1. str. 818) tudzież wzmianki porozrzucane w różnych dziełach o leczniczéj gimnastyce, z których zdaje sprawę Richter w rocznikach Schmidta (T. 98 str. 126): autor sądzi, że przedtém nie oznaczano z taką ścisłością wskazania polegającego na przysparzaniu wydechu, jak to dzisiaj czynić można, dzięki stetograficznym i pneumatometrycznym pracom dokonanym przez F. Riegla i L. Waldenburga; wątpi również, czy kiedykolwiek zdołano przytoczyć za skutecznością tego postępowania tyle pewnych dowodów, ile ich udziela w następnych dwóch opisach przypadków chorobowych.

Skutek bywa tym większy, im giętsze są jeszcze chrząstki żebrowe, a zatém u osób młodszych. Szczególniéj pomyślne są te przypadki, w których wydzielina lepka zamyka część dróg powietrznych, nie mogąc być pokonaną mięśniami bezsilnemi. Tu pomaga się wprost wzmocnieniem ucisku wydechowego; a pośrednio, gdyż przy ułatwionym dowozie tlenu i czynność mięśni będzie skuteczniejsza. Autor poznał dotąd dwa niebezpieczeństwa tego rękoczynu wynikające stąd, że wnętrzności piersiowe prędko dostają się pod ucisk wzmocniony. Są niemi: krwotok płucny i drgania mięśniowe. U obu chorych leczonych przez czas dłuższy uciskiem wydarzyły się krwotoki, a zwłaszcza wkrótce po zastosowaniu rękoczynu. Nieznaczne podniesienie, jakiego skutkiem tego postępowania doznaje napór krwi, może wystarczyć, by sprowadzić rozdarcie kruchych miejsc ścian naczyniowych. U jednego z chorych, u którego oprócz rozedmy był obecny nieżyt ostrzelowy z wydzieliną obfitą, trwanie leczenia zostało skrócone przez pojawienie się drgań około kątów ust. Autor tłomaczy tę przypadłość w ten sposób, że z zamkniętego śród płuc powietrza przy wywieranym ucisku ręcznym więcéj kwasu węglowego do krwi się dostaje (a przynajmniéj mniéj go ona oddaje): zatém nastąpiło chwilowe podwyższenie nagromadzonego kwasu węglowego. — Autor w końcu wspomina, że wskazania tego rękoczynu nie ograniczą się zapewne do saméj rozedmy płucnéj. I tak leczy on tym sposobem na klinice chorego z wielką jamą rozstrzeniową oskrzelową w lewym dolnym zrazie. Udało się rychło zbezwonić plwociny wziewiną terpentynową. Lecz badanie fizyczne okazało potém jamę stale napełnioną przez dni kilka, ilość plwocin była szczupła. Uniknięto więc przez całe tygodnie tego zatrzymywania się plwocin mechaniczném przysparzaniem wydechu w ułożeniu na bok prawy, dokonywaném codziennie podczas wizyty.

Przypadek I. J. B., młynarz 40-letni, dawniéj zdrów, przebył przed 7 laty chorobę ostrą z zimnem, dusznością, żółtawemi plwocinami przez siedm tygodni. Od owego czasu pozostał kaszel i duszność, tak że od 2ch lat siedzący tylko sypiać może, a od roku siedząc podpierać się musi ramionami. Przy kaszlu przychodziło często do wymiotów. Ciężar ciała w ciągu lat kilku zniżył się z 80tu do 68 kilogr. Chory przybył do zakładu chodząc z trudnością, ciemnosiny na twarzy i nader zadyszany dnia $^5/_3$72. Już w odległości słyszano głośne rzężenia w jego drogach powietrznych przy wdychaniu i wydychaniu, ostatnie zwłaszcza utrudnione i przedłużone. Przepona stoi z przodu po obu stronach na wysokości 8. żebra, stłumienie sercowe jest małe, przy zastawce dwukończystéj szmér skurczowy, tony wielkich tętnic słabe. Stłumienie sercowe poczyna się w 5tym przestworze międzyżebrowym, rozciąga się mało po za prawy (może lewy! Ref.) brzeg mostka, a na lewo na wewnątrz pionu sutkowego. W piérwszych dniach otrzymał mię-

[1]) Któréj miarą jest ilość wydychanego do spirometru powietrza. (Przypisek ref.)

[2]) Virchow u. Hirsch's Jahresb. II. 117. 1870. Schmidts. Jahrbl. Bd. 147 pg. 218.

[3]) Preliminary notice on the treatment of emphysema of the lungs by artificial exspiration. Lond. 1871.

szankę z soli amoniackiéj, wieczór wodan chloralowy, kilka razy na dzień wziewiny z dwuwęglanu sodowego. Od 7go Marca począwszy, zabrano się codziennie 2—3 razy do 20—30-krotnego po sobie mechanicznego przysparzania wydechu. Oznaczano co dzień kilka razy żywotną pojemność. Przy pierwszych próbach dnia 8go wynosiło 1100 cmsz., podnosiła się następnie do 2000, utrzymywała się tak 5 dni i wznosiła się potém powoli do 2750. Autor przypuszcza, że doszła do 2000 przez samę lepszą wprawę w wydychaniu, że zaś dalszy wzrost o 750 cm. szedł na karb leczenia. Gdy przy otwartych ustach chorego słyszeć było można liczne rzężenia wydechowe; to gdy popierający ucisk wykonywać dopiéro zaczęto na końcu oddechu i sposobem nagle urywanym *(succadirt)*: można się było przekonać łatwo, jak raz jeszcze a zwłaszcza w téj samej urywanéj mierze *(Tempo)*, w któréj następował ucisk, dawały się słyszeć rzężenia od strony ust. Liczba oddechów na początku 34—36 spadła do dnia 13 Paź. do 20—24 na minutę. Kilkakrotnie postępowanie doznawało przerwy od obfitego wykrztuszania śluzu. Chory jeszcze piérwszy raz nie zeznał, lecz późniéj za każdym razem oświadczał, że po takiém wypróżnianiu śluzu oddycha swobodniéj. Pewnego razu dnia 9go nastąpiło obfite wykrztuszanie krwi. Chory opuścił zakład, stawszy się weselszy, z lżejszym oddechem i ze zmniejszonem wydzielaniem śluzu, czując się znów zdolnym do zarobku. Udzielono mu jeszcze rady, by spuszczaniem się do blizkiéj kopalni wystawiał się na działanie ściśnionego powietrza.

Przypadek IIgi. E. F., 42 lat mający młynarz, zaraz po wstąpieniu do terminu po raz piérwszy, a w Styczniu 1870 po raz piąty przebył zapalenie płuc w szpitalu, zawsze po stronie lewéj. Przybył na nowo dnia 6go Maja 1872 z powodu pogorszenia się zadawniałéj duszności: okazywał obok bladéj, nieco sinawéj cery rozdętą klatkę piersiową z wygładzonemi dołkami obojczykowemi. Stanowisko przepony na pionie brodawki sutkowéj na wysokości łuku żebrowego. Uderzenie sercowe w przestworze międzyżebrowym 6tym, tętnienie prawéj komórki w dołku podsercowym, stłumienie sercowe tylko między żebrem 6. a 7. lewém, brzegiem mostka i pionem brodawki sutka. Oddechów 24—36, w dolnych zrazach liczne rzężenia, obfite plwociny śluzowo-ropiaste. Pojemność żywotna wynosiła w piérwszych dniach 1400—2900 cm., ilość moczu zawierającego nieco białka 1000—1200 cm.

Chorego od chwili przyjęcia leczono metodyczném, mechanicznem przysparzaniem wydechu. Tylko od 16 do 18 Maja potrzeba było przerwy z powodu krwioplucia. W tymże czasie zalecono wziewanie chlorku żelaza, a wewnątrz mleczankę z olejkiem terpentynowym, podawaną i późniéj niekiedy. Wykonywany ucisk na łuki żebrowe i brzuch sprawiał zwykle wykrztuszanie 3—6-krotne plwocin. W 10—15 minut po tym rękoczynie pojawiały się lekkie drgawki mięśni twarzowych, zawrot głowy, poczém zaprzestano działania. Skutek po 2 miesięczném wytrwałém używaniu był tego rodzaju, że pojemność żywotna podniosła się do 3700 ctm., podczas gdy odpowiednio długości ciała równającéj się 176 ctm. według prawidła powinna była wynosić 3656 ctm.; liczba oddechów pozostała tu sama, moczu 1600—2000 ctm. bez białka, przepona stała o pół palca poprzecznego wyżéj, również i granica górna stłumienia sercowego. Ilość plwocin o wiele mniejsza.

Dr. Oettinger.

RZECZY PUBLICZNO-LEKARSKIE.

*) Kiła w Syberyi wschodniéj snać silnie grasuje: Departament lekarski Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Petersburgu ogłasza, że dla powstrzymania téjże urządza (na trzy lata) sześć szpitali czasowych syfilitycznych, przeznaczając do każdego z nich jednego lekarza i dwóch felczerów. Lekarze otrzymują po 2500 rs., starsi felczerzy po 600 rs., a młodsi po 400 rs. płacy rocznéj.

DROBIAZGI TERAPEUTYCZNE.

A. Pribram w Pradze: O nowym środku przeciwko rozpływnym potom suchotników, osobliwie gruźliczych. *(Allgem. medic. Centraztty*; 1873. Nr. 21.) Dotychczasowe środki zewnętrzne i wewnętrzne skutkują zwyczajnie tylko przez 3 kwandranse do godziny, tak n. p. zmywania octem, garbnikiem i t. d. Autor próbował wielokrotnie siarkanu atropiny z najświetniejszym skutkiem. Po jednorazowém użyciu tegoż ustawały zupełnie poty u suchotników, a wracały natychmiast, skoro tylko siarkanu atropiny nie podano. Po dłuższém używaniu nie pokazywały się poty nawet wtedy, gdy go zaprzestano używać. Autor podawał $^1/_{70}$ — $^1/_{60}$ ziarna. Przeciwwskazanym jest ten lek, gdy można obawiać się porażenia serca, ponieważ atropina w większéj zadawce poraża włókna końcowe n. błędnego w sercu; następnie wtedy, jeżeli chory mało wypluwa, albo przedtém miał krwotok z płuc. Zmniejszyć można to niebezpieczeństwo, pijąc wiele wody, albo przytłumiając nerwy czuciowe zapomocą dodatku małéj ilości morfiny albo makowca *(opium)* w ilości $^1/_8$ ziarna.

Dr. Bussek.

Wspominki historyczne.

*) 24 Grudnia 1658 r. Andrzej Kneffel, lekarz nadworny Jana Kazimierza, umarł w obozie pod Toruniem.

KRONIKA I ROZMAITOŚCI.

Statystyka lekarska. Wykaz ruchu chorych leczonych w miesiącu Listopadzie 1873 r. w szpitalu powszechnym we Lwowie.

Pozostało chorych z końcem miesiąca Października 1873.		713
Przybyło w miesiącu Listopadzie 1873.		549
Było razem leczonych		1262
Ubyło: wyzdrowiałych	344	
nieuleczonych lub z polepszeniem .	97	
umarło	66	
Razem . .		507
Pozostało z końcem Listopada t. r. do dalszego leczenia		755
Największa liczba chorych w ciągu t. m. była dnia 30 Listopada, i wynosiła		744
Najmniejsza zaś dnia 10 Listopada		672
Stosunek wyzdrowienia wynosił odsetek		27.25%
Stosunek śmiertelności względnie do wszystkich leczonych t. m wynosi odsetek		5.22%
Tenże zaś stosunek względnie do ubytku wynosił odsetek		13.01%

W tym miesiącu przybyło do szpitala o 62 chorych więcéj niż w poprzednim miesiącu, liczba zaś chorych leczonych tego miesiąca była o 55 wyższą od téjże z poprzedniego miesiąca.

W porównaniu z miesiącem Październikiem t. r. okazał się stosunek wyzdrowienia o 092% niższy, a śmiertelność o, 092% wyższy.

Z porównania t m. z miesiącem Listopadem 1872 wynika:

Przybyło wtedy do szpitala 511. zatém o 38 mniéj jak t. r.

Leczonych było w tym czasie 1211, zatém o 51 mniéj.

Ubytek wynosił 437, z którego 46 umarło.

Stosunek wyzdrowienia wynosił odsetek 27 49%, prawie równy t. r.

Stosunek zaś śmiertelności 3. 79%, mniejszy o 1. 43%, niż teraźniejszy.

Choroby nagminnéj nie było w tym miesiącu żadnéj.

Najliczniejsze były choroby płucne, w ilości ogólnéj 105 przypadków, z tych 22 zapalenia płuc, a 40 gruźlicy.

Do niniejszego numeru dołącza się uwiadomienie o wydawnictwie „Przeglądu lekarskiego" na rok 1874.

Przedpłatę przesyłać należy pod adresem Redaktora głównego „Przeglądu lekarskiego" w Krakowie, ulica Górnych Młynów, Nr. 122.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr St. Janikowski.

Nakładem W. Tomaszewicza. W drukarni W. Korneckiego w Krakowie.